UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°159

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUETTE MILIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

PAR

LEVRAULT (Clovis-Chéri-Basile)

Né à Persac (Vienne), le 27 juin 1888

Décoré de la Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- BAUMEL, Professeur, *Président.*
- MASSABUAU, Professeur.
- LEENHARDT, Agrégé.
- RIMBAUD, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUETTE MILIAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°159

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUETTE MILIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

LEVRAULT (Clovis-Chéri-Basile)

Né à Persac (Vienne), le 27 juin 1888

Décoré de la Croix de Guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	BAUMEL, Professeur. *Président.*	
	MASSABUAU, Professeur.	*Assesseurs.*
	LEENHARDT, Agrégé.	
	RIMBAUD, Agrégé.	

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
FORGUE (O. ✲)	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✲ ✲), a. l. c. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (c. d. c.)
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✲ ✲) (Dr) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (✲) ch. d'ag.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD (✲).	

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, profes., présid[t] ; MASSABUAU, prof. ; LEENHARDT, agrégé ; RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

C. LEVRAULT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

C. LEVRAULT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUETTE MILIAIRE

INTRODUCTION

Parmi les épidémies qui ont sévi sur notre pays, il n'en est pas qui aient laissé un souvenir plus triste en Poitou que la suette miliaire de 1887.

Depuis cette date il y eut quelques réveils sporadiques de la maladie, mais ils furent loin d'avoir le caractère de gravité et de fréquence de la grande épidémie si bien étudiée par Brouardel.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer en 1913, étant interne à Poitiers, quelques cas de cette maladie apparue dans le Montmorillonais.

Il n'est pas dans nos intentions de faire un tableau complet de cette maladie. Nous nous sommes simplement efforcé, dans ce modeste travail, de mettre en relief deux faits principaux qui ont tout particulièrement attiré notre attention : les lésions cardiaques et l'évolution lente de la convalescence.

Nous considérons comme un devoir, avant de terminer notre entrée en matières, d'adresser un souvenir ému à la mémoire de M. le docteur Marchadier qui nous a complaisamment guidé dans notre travail.

Nous adressons nos bien sincères remerciements à M. le professeur Baumel pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La maladie qui nous occupe paraît avoir subi dans le cours des âges des transformations telles qu'il est souvent difficile de la reconnaître dans les descriptions des anciens.

C'était probablement une suette miliaire cette diaphorèse (morbus cardiacus) d'Arétée, d'Esistrate, de Galien.

Après Galien, dit Littré, le souvenir de cette affection s'efface de plus en plus.

Quoi qu'il en soit, ce n'est guère qu'en 1445 qu'on en fit l'étude clinique complète.

A cette époque éclata tout d'un coup la terrible épidémie qui, à cinq reprises, plongea l'Angleterre dans la désolation.

Sous des appellations diverses (pestis britannica, sudor anglicans, hydronose, hydropyrétose), les auteurs la décrivent minutieusement.

En 1551, il y eut une épidémie d'une gravité sans exemple jusqu'alors. Elle provoqua une émigration en masse en Europe.

La France fut épargnée.

A Montbéliard, en 1712, nous trouvons la première apparition de la suette miliaire en France.

C'est du moins ce que nous apprend Allioni dans son livre «Tractatio de miliarum origine progressu natura et curatione », 1758.

De 1718 jusqu'en 1833, la suette dénommée suette de Picardie se montra près de St-Valéry et eut une marche progressive et continue dans toute la Picardie (Bellot) « An febri putridæ picardis suette dictæ sudorifera ». Il y eut une épidémie à Beauvais en 1750 et une autre à Guise-sur-Aisne en 1759, la première rapportée par Boyer, la deuxième par Vandermonde.

En 1821 éclate l'épidémie de l'Oise, relatée par Royer.

En 1841, l'épidémie du Périgord, dont Parot nous a laissé la description, après avoir débuté à Cendrieux, ne tarda pas à dépasser les limites du département de la Dordogne, s'étendant jusqu'aux Charentes.

En 1845, la suette sévit dans le Poitou et est étudiée par Gaillard, Orillard, Loreau, Grisolle, Arlin, Gigon. Nous la trouvons, quatre ans plus tard, dans la Somme, l'Aisne et l'Oise. Foucard nous a laissé un mémoire sur cette épidémie. En 1851, elle exerce de grands ravages dans l'Hérault, en particulier à Pézenas, et est bien étudiée par Alquié et Fuster.

En 1880, nouvelle apparition dans l'Ouest. Pineau la signale et l'étudie à Oléron.

Enfin, en 1887, la suette se déclare une deuxième fois dans le Poitou ; elle donne alors lieu à une série de mémoires de MM. les professeurs Brouardel et Thoinot.

En 1906, mai, juin et juillet, éclate l'épidémie des Charentes, étudiée par M. le professeur Chantemesse.

Enfin, en mai 1913, il y en eut 6 cas dans la banlieue de Montmorillon. Nous en avons rapporté deux observations dans le cours de notre travail.

ÉTIOLOGIE

Bien que l'on ait beaucoup étudié la suette miliaire en France et à plusieurs reprises, son étiologie n'en est pas moins des plus obscures et les auteurs sont loin d'avoir la même opinion sur ce sujet.

Pour les hygiénistes, ce serait les boissons altérées et souillées qui seraient en cause. On a noté aussi l'influence des vents.

M. Bonaterre, ingénieur en chef des chemins de fer départementaux des Charentes, avait pris soin, pendant l'épidémie de 1906, de noter la direction du vent. Il a remarqué que le vent n'a cessé de souffler de l'est à l'ouest pendant toute la durée de l'épidémie, c'est-à-dire de la Charente, pays le premier infecté, vers la Charente-Inférieure, atteinte en second lieu.

Il semblerait donc que, dans ce cas particulier, la transmission s'est faite par l'air et a obéi à l'influence du vent.

Mais la théorie la plus généralement admise, aussi bien par les médecins que par les habitants des centres infectés, attribue l'infection aux campagnols ou rats des champs.

En 1886, un an avant la grande épidémie, tout le

Montmorillonais, centre de la région infectée, fut ravagé par les campagnols.

Les partisans de la transmission de la suette invoquent de plus le fait suivant que nous avons pu constater nous-même au cours de la petite épidémie de 1913.

Les malades présentaient tous un très grand nombre de piqûres de puce, ce qui permet d'expliquer ainsi la contagion par les puces des rats infectés qui inoculaient secondairement la maladie à l'espèce humaine, absolument comme cela se passe pour la peste.

Il ne semble pas qu'il faille accorder une trop grande importance à ce signe, car il est malheureusement trop fréquent même en dehors des périodes d'épidémie.

DESCRIPTION DE LA MALADIE

La suette miliaire est une maladie infectieuse générale caractérisée par des seurs abondantes, une éruption polymorphe avec miliaire et des symptômes nerveux paroxystiques.

Symptomatologie.

La suette miliaire a une incubation d'une durée de deux à trois jours en général, qui peut être réduite à vingt-quatre heures ; la durée maxima de cette incubation est inconnue.

La maladie présente trois périodes : invasion, éruption, desquamation ou convalescence.

Invasion. — L'invasion dure 3 à 4 jours, rarement 6 à 7 et davantage.

Son début peut être progressif avec prodromes, rapide avec prodromes, brusque sans prodromes. Les prodromes manquent souvent et ils n'ont rien de caractéristique. Ce sont malaise général, grande lassitude, des douleurs musculaires, des frissons, de l'embarras gastrique.

L'invasion brusque est le mode de début le plus fréquent. C'est généralement la nuit que le malade est pris de céphalée, de vomissements ; une constipation très abondante s'établit.

La faiblesse, les sueurs, les phénomènes nerveux paroxystiques, la fièvre sont les symptômes caractéristiques de la période d'invasion.

Les sueurs sont un symptôme constant ; la transpiration, par la façon exagérée dont on a tendance à couvrir les malades, est continue, mais est plus abondante la nuit que le jour. Les sueurs ont une odeur repoussante de paille pourrie et leur abondance n'a aucun rapport avec l'intensité de l'éruption.

Les phénomènes nerveux, les crises de suffocation donnent à la maladie un cachet particulier ; brusquement se produisent des palpitations et un étouffement intense avec sensation de constriction à l'épigastre, au cou, entre les deux épaules, le cœur bat follement et violemment.

Le jour, le malade se sent mieux et sommeille ; il a la face rouge, la peau brûlante. L'urine est rare, rouge, sans albumine. Les épistaxis sont fréquentes et abondantes, d'après Fuster et Brouardel.

Dans certaines formes graves, la température peut aller à 40° et 41°.

Eruption. — L'éruption apparaît le 3e ou le 4e jour de la maladie vers le soir, accompagnée d'une grande excitabilité nerveuse. C'est le moment critique de la maladie. La poussée éruptive provoque des picotements et des démangeaisons que les malades comparent à des piqûres d'ajoncs.

Le début de l'éruption se fait par le tronc, sur le dos et à la poitrine ; progressivement les membres eux-

mêmes sont atteints, surtout aux plis de flexion. Le face est en général respectée, mais on peut, comme dans la rougeole, observer un catarrhe oculo-nasal.

Parfois on observe un piqueté rouge du pharynx ; plus souvent les muqueuses sont indemnes.

Deux éléments constituent l'éruption : l'exanthème et la miliaire.

L'exanthème varie souvent suivant les épidémies : il peut être morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique, mais il peut également se rencontrer sous ces trois formes réunies chez le même malade.

La miliaire est constituée par de petites papules acuminées qui ne tardent pas à se transformer en vésicules ; le plus souvent la vésicule a la forme d'un grain de mil ; elle sèche rapidement.

On a distingué une miliaire blanche et une miliaire rouge selon que les vésicules se détachent sur un fond blanc ou rouge. La température oscille entre 38° et 39° ; on a observé des températures de 40°, 41° et plus dans des cas mortels.

Desquamation. — Cette période commence le cinquième jour ; la desquamation est furfuracée et scarlatiniforme aux pieds et aux mains. La langue elle-même peut desquamer.

Formes. — Fuster, Alquié, Brouardel s'accordent pour reconnaître à la maladie deux formes : la forme bénigne et la forme maligne.

La forme bénigne, fruste, ambulatoire, ressemblant étrangement à la rougeole, atteint plus souvent les enfants.

La forme maligne peut être foudroyante et emporter le malade en quelques heures. Plusieurs cas de ce genre ont été constatés en Poitou en 1887.

Dans les formes graves, où le plus souvent le malade succombe, le cadavre se décompose extrêmement vite ; sa putréfaction répand une odeur épouvantable ; la peau prend une teinte noirâtre hémorragique et on constate des hémorragies nasales et buccales qui ont quelquefois lieu pendant l'agonie.

OBSERVATIONS

Observation I

(Dr Haury)

A. M..., jeune homme de 17 ans, très fort, n'a jamais été malade ; début brusque le 26 après-midi par des malaises, des vomissements et des sueurs.

Le 27, transpiration très abondante, langue très saburrale. Température 37°8, constipation, urines peu chargées et assez abondantes ; n'a pas d'angoisse précordiale, pas d'éruption.

Le 28, sensation d'étouffement allant jusqu'à la syncope au moment de l'éruption qui se fait confluente sur le dos, le dessus de la poitrine, la face antérieure des jambes pour envahir ensuite les cuisses et les mollets. Ce sont de petites taches ressemblant à s'y méprendre à l'éruption morbilleuse. La face n'est pas atteinte. Ces taches augmentent en nombre et diminuent d'étendue le 29 et le 30.

A ce moment elles présentent l'aspect d'une miliaire vraie, elles sont acuminées et chaque petite élevure renferme un liquide transparent ou opalescent dans d'autres parties de la peau. Elles sont surtout nombreuses au cou sur les épaules dans le dos et sur la poitrine; et, la main promenée sur la peau, on éprouve la sensation de la peau de chagrin.

La température ne s'est élevée à aucun moment au-dessus de 38° et toutes les fonctions se sont accomplies régulièrement. La transpiration a été abondante, la nuit surtout, et le malade changeait vingt à vingt et une fois de linge en 24 heures. Au onzième jour, il s'est fait une desquamation en longues plaques épidermiques occupant surtout la paume des mains et la plante des pieds.

Personne dans l'entourage du malade, père, sœur plus jeune, grand'mère, domestiques qui ne l'ont pas quitté un seul instant n'a été atteint.

Observation II

(Personnelle)

A. F..., jeune fille, 19 ans, bien constituée, a eu la rougeole à 9 ans.

Le 5 mai, a été prise dans les champs d'une migraine atroce et de nausées.

Ramenée à la maison par son frère, elle n'aurait pas eu la force de rentrer seule tellement elle était abattue.

Le 6. — Transpiration très abondante bien qu'elle n'eût sur son lit qu'une couverture très légère.

En 24 heures on la change 18 fois de draps. La température est à ce moment à 38°4.

Le 7. — Bien qu'elle ait eu ses règles la semaine précédente, elle a une métrorragie abondante qui cesse le lendemain.

Le 8. — Le pouls à ce moment est à 90 et la température à 37°. Le soir, elle est prise d'étouffements, elle a la sensation, dit-elle, d'avoir un sac de blé sur la poitrine. Quelques heures après, de nouveau elle est prise de nausées : elle tombe en syncope et, en reprennant connaissance, s'étonne de voir tout son entourage autour d'elle.

L'auscultation montre un foyer de congestion à la base droite ; le pouls est irrégulier, le cœur est arythmique. La langue est saburrale et les urines rares.

Le 9, l'éruption se déclare par larges plaques prédominantes à la poitrine et sur le dos pour envahir progressivement le ventre et la face interne des cuisses.

Le 10 et le 11, ces plaques se raréfient et deviennent acuminées, quelques-unes se vésiculisent surtout aux seins et au cou. La fièvre se maintient légère entre 37°5 et 38°.

La transpiration est toujours abondante, mais tend à diminuer le 10e jour de la maladie.

La desquamation se fait par larges lambeaux épidermiques le 19 et le 20.

A ce moment, les urines qui étaient rares deviennent plus abondantes ; l'état saburral de la langue disparaît et la malade demande à manger.

Nous avons revu cette malade deux mois plus tard. Elle est amaigrie, pâle, se plaint de ne plus avoir recouvré ses forces et accuse des maux de tête fréquents.

Depuis sa métrorragie elle n'a pas encore été réglée.

Observation III

(Personnelle)

F... G..., homme très vigoureux de 28 ans, n'a jamais été malade.

Est pris de la suette le 12 mai dans la nuit. Le matin on le trouve dans le coma, résolution complète, contracture des mâchoires, profonde adynamie.

Au toucher de la peau du malade on a comme une sensation de brûlure. La respiration est haletante, le pouls est petit, irrégulier. L'auscultation du cœur dénote un rythme d'embryocardie. La température axillaire est à 42°. On lui fait des enveloppements mouillés.

Au bout d'une heure la température remonte à 40°.

Nouveaux enveloppements toutes les fois que le thermomètre accuse cette température.

Au bout du quatrième jour, la connaissance et la parole reviennent, et le malade peut avaler un peu de bouillon.

Le jour suivant il s'alimente un peu, mais graduellement il s'affaiblit et finit par succomber le 7e jour.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Comme dans beaucoup de fièvres éruptives on n'a pas encore découvert le microbe cause primordiale de l'affection.

Les recherches de Ferret et de Sabrazès, faites tant sur le sang que sur le liquide céphalo-rachidien, n'ont donné aucun résultat positif.

Et cependant il y a profonde lésion organique due à une toxine. Le cœur, qu'on a si souvent à juste titre proclamé l'ultimum moriens de la machine humaine, paraît être le plus touché et le premier.

Bien qu'on ait signalé des cas de congestion pulmonaire ou de pleurésie concomitants à la suette, presque toujours c'est le cœur qui est atteint et qu'il faut avant tout surveiller dans les formes graves.

Celse, Galien, qui étaient des observateurs fidèles, avaient remarqué avant tout autre symptôme, même avant les sueurs, le désordre fonctionnel du cœur, et c'est sans doute pour cela qu'ils avaient dénommé la maladie «morbus cardiacus». Les cas de mortalité si fréquemment observés pendant le printemps de 1887 relèvent tous ou presque de cette étiologie, lésion cardiaque et lésion endocardo-myocardique.

Certes, nous savons depuis longtemps que toute maladie infectieuse a un profond retentissement sur la fibre cardiaque.

Bouillaud n'a-t-il pas formulé ces deux fameuses lois dont l'une au moins est demeurée inattaquable.

Dans le même ordre d'idées, il serait aussi juste d'affirmer que, dans la suette miliaire grave, il y a toujours lésion myocardique.

Cette arythmie, ce ralentissement des bruits du cœur, ces syncopes qui assombrissent si fréquemment le pronostic déjà incertain de la maladie feront l'objet de la principale indication thérapeutique.

Plus tard, lorsque le malade entrera en convalescence et qu'à l'angoisse de la maladie fera place le bien-être réparateur d'une vie qui renaît, il importera aussi de ne pas négliger le facteur pulmonaire.

Ces malades qui, selon l'expression de Sennert, ont eu un « choléra externe », resteront des candidats voués à la proie facile de la tuberculose, et c'est alors qu'interviendra encore le rôle bienfaisant du thérapeute.

La convalescence de ces malades est en effet d'un tableau sinistre. Il semble, comme l'a dit Brouardel, « que le malade ne retrouvera jamais la santé ». Les muscles de la face sont agités de tremblements fibrillaires. Au visage blafard, à la teinte anémiée des téguments s'associe une adynamie persistante. Ces malades ont de l'œdème des membres inférieurs, ils sont mal assurés sur leurs jambes et se traînent lamentablement. Tel était à peu près l'aspect que présentait la malade de notre observation II un mois après le début de la convalescence.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic.

Basé sur les symptômes il se fera façilement ; l'éruption miliaire, les crises sudorales sont caractéristiques.

Dans la rougeole, l'éruption débute par la face et on n'a pas cette crise sudorale.

La scarlatine se caractérise par son angine et sa néphrite symptomatique.

Les épistaxis, la métrorragie, la haute température, les selles sanguinolentes signalées par Fuster pourraient en imposer pour une fièvre typhoïde, mais il manque dans ce dernier cas le symptôme d'éruption miliaire.

La forme grave du rhumatisme articulaire aigu pourrait faire dévier notre diagnostic, mais l'abondance de la transpiration, son odeur abominablement fétide nous feront conclure à la suette.

En résumé, la sueur et son odeur fétide bien spéciale, l'éruption miliaire, l'état syncopal constitueront dans les formes graves la triade symptomatique de l'affection.

Pronostic.

Quoi qu'on ait dit et écrit sur cette maladie, le pronostic doit être toujours réservé dans certains cas.

A côté de la forme suffocante, foudroyante, on peut avoir une convalescence très longue coupée de rechutes qui finissent par emporter le malade.

Sur les 6 cas observés dans la banlieue de Montmorillon en 1913 il n'y eut qu'un seul cas mortel, celui que nous rapportons.

La bénignité de cette affection sera plus particulièrement marquée chez les enfants et dans certaines épidémies.

Néanmoins la convalescence devra être toujours soigneusement surveillée, tant au point de vue cardiaque que pulmonaire.

TRAITEMENT

S'il était admis, comme on a essayé de le démontrer, que la suette miliaire ait pris naissance par les campagnols, le traitement simple et idéal serait de les détruire. Mais nous ignorons encore l'étiologie.

La prophylaxie de la suette sera difficile car on s'adresse à un milieu rural ; il faut isoler le malade comme dans toute maladie infectieuse, désinfecter ses déjections et tout ce qui le touche.

Le traitement proprement dit reposera sur l'hygiène ; il faudra éviter de favoriser les sueurs. On ne craindra pas de changer le linge du malade et on se trouvera bien d'avoir deux lits et même deux chambres ou on le transportera alternativement.

Dans le cours de la maladie on fera boire au malade du lait, des macérations de quinquina, du café et un peu d'alcool.

Contre la grande hyperthermie on emploiera les bains tièdes et les enveloppements mouillés.

Les accès de suffocation seront traités par la morphine, et l'atropine à raison de 2 granules de 1 milligr. par jour.

Etant donnés l'adynamie parfois si grande et les phénomènes infectieux qui pourraient être dus à une insuffisance surrénale, il y aurait lieu, nous semble-t-il, dans les cas graves de prescrire de l'adrénaline : X gouttes par jour de la solution au millième.

Si le cœur est profondément touché on usera des tonicardiaques et plus particulièrement de la digitale.

Il est un fait qui dans la convalescence a une importance capitale et qui a frappé tous ceux qui ont étudié les grandes épidémies de suette miliaire. Il faut surveiller attentivement l'alimentation du malade : celle-ci devra être d'abord légère, puis progressivement plus substantielle.

Plusieurs cas mortels furent signalés en 1887 à la suite d'une alimentation primitivement trop abondante.

CONCLUSIONS

La suette miliaire paraît contagieuse dans certains cas ; dans d'autres, la contagion semble assez difficile à admettre.

Elle ne sévit qu'à la campagne.

Les femmes sont surtout atteintes ; les hommes le sont moins ; les enfants sont presque toujours épargnés ou font une forme rubéolique.

La suette semble transmissible par les campagnols.

Avec M. Colin nous admettrons la communauté de nature des quatre maladies qui, au II^e^ siècle avant Jésus-Christ sous le nom de *morbus cardiacus*, au XV^e^ siècle de notre ère sous celui de suette anglaise, et enfin dans les temps modernes sous les noms soit de suette picarde miliaire, soit de paralysie cardiaque, ont offert dans l'ensemble de leurs traits tant d'affinités symptomatiques, et dans les cas rapidement mortels une identité à peu près absolue.

Ce qui a dominé en ces derniers temps, ce n'est ni la fièvre, ni l'éruption, ni même la sueur ; ce sont les symptômes cardiaques qui ont valu leurs noms aux faits observés du temps de Celse aussi bien que pendant l'épidémie de Rottingen.

BIBLIOGRAPHIE

Caius Britannicus. — De ephemera britannica liber summa cura recognitus (Londres, 1712).

Vandermonde. — Description d'une fièvre malígne vulgairement appelée suette et qui a régné à Guise en juin et juillet 1759.

Planchon. — Dissertation sur la suette miliaire (Tournai, 1772).

Teissière. — Mémoire sur la suette qui a régné à Hardivilliers en Picardie au mois de mai 1773 (Mémoire de la Société de médecine, 1777).

Fodère. — Recherches sur la fièvre connue sous le nom de miliaire (Strasbourg, 1834).

Robert. — Lettre sur la fièvre miliaire (Paris, 1839).

Martin Solon. — Rapport sur les épidémies de suette miliaire observées en 1842 dans les départements de Lot-et-Garonne, Tarn-et-Garonne, Deux-Sèvres, Haute-Saône et Jura (Bulletin de l'Académie de médecine, t. VIII, 1842-1843).

Sabatier. — Lettre sur l'épidémie de suette vésiculaire ou miliaire qui règne dans les cantons de Montagnac et Pézenas [Hérault] (Béziers, 1851).

Annales cliniques de Montpellier. — Histoire de l'épidémie de suette miliaire de l'Hérault, par le professeur Alquié, n° 7, 1853.

Mazuel. — Etude sur la suette miliaire (Thèse de Paris, 1876).

Brouardel et Thoinot.— Rapport à l'Académie de médecine, 1887. Comité consultatif d'hygiène publique, 1887.

Thoinot. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, art. Suette, t. I, p. 325.

Girode. — Comité consultatif d'hygiène publique, 1888.

Chédevergne. — Epidémie de suette miliaire de Poitiers (Bulletin de l'Académie de médecine, 4 octobre 1887).

Chantemesse et Haury. — Communication à l'Académie de médecine, 23 octobre 1906 (Archives générales de médecine 30 octobre 1906, t. I).

Sabrazès, Jonchères, Muratet. — Le sang dans la suette miliaire, épidémie des Charentes (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 8 juillet 1906).

Vignol. — Epidémie de suette miliaire des Charentes de 1906 (Extrait de la Semaine médicale du 9 janvier 1907).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 mai 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 mai 1920.
Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
M. GRANEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.